

Chinese

# MEDI-CAL申請人的重要資訊

## 隱私及保密通知

福利與慈善法第14011及14012章規定縣福利部從你獲得某些資料，以便確定你或你代表的人是否符合資格獲得Medi-Cal 福利。你必須提供這些資料才能夠獲得Medi-Cal 福利。這些資料將用於下列用途：

1. 縣福利部用於確定首次及繼續獲得Medi-Cal 的資格。
2. 管理公司(AV)用於處理福利及印製福利卡(BIC 卡)。
3. 聯邦健康人文服務部用於審查及質量控制檢查和確認Medicare Buy-In與社會安全號碼(SSN)。
4. 向美國移民歸化局(INS)核實外國人身份，僅聲稱合法進入美國的永久居民或由於法律制定的特殊條例而永久居留在美國(PRUCOL)或擁有有效的I-688 卡的特赦外國人才需要核實身份。除非你有詐騙的行為，INS獲得的資料只能用於確定Medi-Cal 的資格，而不能用於執行移民法律。
5. 醫護人員及健康維護組織用於確認資格。
6. 確認健康保險及採取追償行動。

## MEDI-CAL 申請人/受益人權利、責任及理解

### 我有以下權利：

1. 如果我的英文溝通或理解能力不足，我有權要求翻譯員協助申請Medi-Cal。
2. 要求與縣代表面談。
3. 無論我的種族、膚色、宗教信仰、原國籍、性別、年齡或政治理念，我都有權獲得公正平等的待遇。
4. 如果我認為我傷殘，我有權以傷殘人身份提出申請。
5. 獲得有關追溯Medi-Cal資格的資料。
6. 申請Medi-Cal，並獲得書面通知我是否有資格參加任何Medi-Cal計劃。
7. 如果我對我的資格獲批准或拒絕的根據有疑問，我有權查閱Medi-Cal計劃的規則手冊。
8. 我提供給縣福利部的資料有權獲得嚴格的保密，並在正常辦公時間內檢查這些資料。
9. 如果我有緊急醫療狀況或懷孕，**在可能及合格的情況下**，我有權獲得緊急需要卡。
10. 如果我符合資格，但在等候合法移民身份的文件及核實，我有權按批准規定獲得Medi-Cal。**合法進入美國的永久居民或由於法律制定的特殊條例而永久居留在美國(PRUCOL)或擁有有效的I-688 卡的特赦外國人都具有滿意的移民身份。**
11. 獲得有關兒童健康殘障防治服務(CHDP)及婦女、嬰孩、兒童補充營養品計劃(WIC)的資料，並請求協助獲得這些服務。
12. 獲得有關個人護理服務(PCSP)的資料，並請求協助獲得這些服務。
13. 獲得有關早期及定期檢查與治療服務(EPSDT)的資料。
14. 請求並獲得有關家庭計劃服務的資料，或被告知我是否合格接受這些服務。

# MEDI-CAL申請人的重要資訊

## (續)

15. 與社會工作者談論有關其他我可以申請的公眾或私人服務或資源。
16. 獲得有關我的家人及我可以選擇加入的Medi-Cal保健計劃的資料，使我們可以選擇醫生及獲得其他醫療護理服務。
17. 提供過去未付的醫療費(我仍欠)，減低我需要支付的費用。
18. 在我希望獲得Medi-Cal福利的那一個月的最後一日前減低我的財產儲備達到Medi-Cal財產限額，包括我提出申請的那一個月，並被告知如何使用我超出的財產。
19. 如果我或我的配偶在1989年9月30日前進入長期護理(LTC)設施，我和我的配偶可計算(非免稅)的共同財產可以經由書面協議平分為個別的財產。
20. 如果我在1990年1月1日後進入長期護理(LTC)設施，我可以保留某些可計算的個人及共同財產。我和我的配偶有權獲告知可以保留的總額。
21. 如果我對縣福利部或州健康服務部所採取的行動(或沒有採取的行動)感到不滿，我有權要求州聽證。健康保險費付款(HIPP)及雇主團體保健計劃(EGHP)有關的行動除外。如果我要求州聽證上訴決定，我必須在行動通知(NO)A)郵寄給我當日的90日內提出要求。如果我沒有收到NOA，我必須在我發現我不滿意的行動(或沒有採取的行動)當日的90日內提出聽證要求。發現日期是我知道，應該知道行動的日期。要求聽證最好的辦法是聯絡你附近的縣福利部。

### 在下列情況中，我有責任在十(10)天內通知我的縣代表：

1. 我或我家中的任何成員的收入增加、減少、開始或停止。這包括社會安全局(SSA)、貸款、賠償或任何其他來源的收入。
2. 我計劃更改或已更改我的住址或通信地址。
3. 一個人，包括新生兒，無論是否與我或我的家人有關係，搬進或搬出我的家。
4. 已離開的父或母再回來。
5. 我或我的家庭成員生小孩、懷孕或墮胎。
6. 我、我的配偶或任何家庭成員進入或離開療養院或長期護理設施(LTC)。
7. 我獲得、轉讓、給予或出售房產或個人財產(包括金錢)或有人給我或我的家人汽車、房屋、保險賠償金等。
8. 有人替我支付任何開支。
9. 我或我的家庭成員找到工作、換工作或失業。
10. 與我的工作或教育有關的開支有所改變。(例如：托兒、交通等)。
11. 我或我的家庭成員身體或精神受傷(包括在家中的兒童)。
12. 我或我的家庭成員向社會安全局(SSA)、退伍軍人局或鐵路退休局申請傷殘福利。
13. 我的子女之一停學或回到學校。
14. 申請或接受Medi-Cal的任何家庭成員的公民/移民身份轉變。
15. 我或我的家庭成員的健康保險轉變。

### 我有以下責任：

1. 被要求時，在要求的日期內填寫並寄回身份報告。

# MEDI-CAL申請人的重要資訊

## (續)

2. 提供我是加州居民的證據。
3. 申報我的公民/移民身份。
4. 提供我本人及/或有社會安全號碼並希望獲得Medi-Cal福利的任何家庭成員的社會安全號碼。如果我是美國公民、美國國民、有合法移民身份的外國人，而仍然沒有社會安全號碼，我必須申請一個社會安全號碼，並將它提供給縣政府。如果我需要協助申請一個社會安全號碼，我可以請求我的資格工作人員幫助，但我必須與社會安全局(SSA)合作，解決任何問題，否則我的Medi-Cal會被拒絕或停止。(沒有合法移民身份，又沒有社會安全號碼的外國人，如果符合所有的規定，可以無需申請社會安全號碼而獲得**有限制的Medi-Cal(restricted Medi-Cal)**。)
5. 申請我或我的家庭成員可以獲得的任何收入。
6. 如果我失明、傷殘、有末期腎病或滿64歲零9個月或以上，並符合資格，我應該申請Medicare福利。我有責任告訴我的醫生，我有Medi-Cal及Medicare。
7. 如果我或我的家人有資格申請任何免費的健康保險，我應該申請，並加入該計劃。當Medi-Cal批准由加州政府支付某一個保健計劃的保險費，我有責任繼續參加該保健計劃。
8. 向縣政府部門及醫護人員報告我有或有權使用的健康保險，包括Medicare。如果我故意隱瞞這一事實，我可能會觸犯刑事罪，或收到醫生的帳單。
9. 到我的保健計劃(例如Kaiser、CHAMPUS或Medicare HMO)接受醫療護理。(Medi-Cal不會支付該計劃保險範圍內的任何服務。)
10. 如果Medi-Cal已支付我的醫療費，我應將我所得到的任何保險給付交還給州政府。
11. 如果有說明會，我應該參加說明會，並作書面選擇，或如果收到郵件則用書面答覆我希望以什麼形式獲得我的Medi-Cal福利。如果沒有參加說明會，並作選擇，或以郵件答覆做選擇，我和我及格的家庭成員，可能會被指定參加一個在我家附近的Medi-Cal保健計劃。
12. 收到BIC卡後，在卡上簽名及寫上日期，並確定僅為我本人或合格的家庭成員取得醫療護理。
13. 在我生病或去看醫生時，帶備我的BIC卡。在緊急情況下，如果我手上沒有BIC卡，我必須盡可能取得我的BIC卡交給醫護人員。
14. 當我由於別人的行動或沒有採取的行動而發生意外或受傷接受醫療服務，而Medi-Cal已經或可能收到該服務的帳單時，我應該向縣政府部門報告。
15. 與州或縣政府合作，確定父親的身份，向不在的父或母索取我或我的家人應得的醫療保險。
16. 如果我的個案被質量控制審查小組選擇進行審查，我應該與加州政府合作。如果我拒絕合作，我的Medi-Cal福利可能會終止。

## 我明白：

1. 不提供必要的事實或故意提供虛假的事實可能會使我的Medi-Cal福利被拒絕或停止。我的個案也可能會因為詐騙的嫌疑而被調查。
2. 我提供的資料會經由電腦查核是否與雇主、銀行、社會安全局(SSA)、稅務局、福利局或其他機構的資料相符。我有權提出證明來更正任何被發現不正確的資料。
3. 沒有合法移民身份，又沒有社會安全號碼的外國人，如果符合所有的規定，可以無需申請社會安全號碼而獲得有限制的Medi-Cal(restricted Medi-Cal)。
4. Medi-Cal申請內提供的移民身份資料將會保密。
5. 在我可以獲得Medi-Cal以前，我必須根據我的收入支付或收到我的醫療開支的部分帳單。

# MEDI-CAL 申請人的重要資訊

## (續)

6. 如果我沒有及時報告我的轉變，而因此獲得我不應得的Medi-Cal福利，我可能需要向州健康服務部歸還這些福利。
7. 如果我是由於傷殘，並向**社會安全局(SSA)**申請傷殘福利而獲得Medi-Cal，而**SSA**拒絕我的傷殘申請，我的Medi-Cal可能會終止。如果我立即上訴SSA對我的拒絕，我的Medi-Cal將繼續直至SSA做最後的決定。如果SSA批准我的申請，我的Medi-Cal福利將繼續。如果SSA不批准我的申請，我的Medi-Cal福利將停止。
8. Medi-Cal 資格的條件之一是，我及我對其有法律責任的任何合格的人的所有醫療支助及/或醫療服務的給付都將自動指定給州政府。
9. 如果法院命令不在家的父或母為我的子女提供醫療支助，保險公司必須允許我無需不在家的父或母的同意為我的子女加入保健計劃，並為我的子女提供醫療福利。
10. 如果我不申請或保有免費醫療保險或州政府支付的醫療保險，我的Medi-Cal福利及/或資格將被拒絕或終止。
11. 當我申請Medi-Cal時，我將獲得評估是否符合資格申請其他醫療協助計劃，包括HIPP及EGHP計劃。
12. 如果我要求一位Medi-Cal醫生提供我的**非Medi-Cal**健康保險計劃不包括的服務，我必須向該醫生提供我的保健計劃的書面聲明該計劃不提供Medi-Cal範圍內的服務。
13. Medi-Cal 醫生不能夠向我收取共付診金(copayment)、共付保險費(coinsurance)或自付額(deductibles)，除非該付款用於滿足我的Medi-Cal共付費(share of cost)和/或共付診金。
14. 如果我被接受住進療養院，而我沒有意願回到我的家，州政府可能會對我的物業採取抵押權。
15. 我去世後，州政府有權從我的遺產中追討所有我在55歲以前獲得的Medi-Cal福利，除非我有健在的配偶(在他或她的餘生)、未成年子女、失明或永久及完全傷殘的子女，或如果這樣做會對我的繼承人造成困難。
16. 我生存的配偶去世後，州政府有權從他或她從我所獲得的遺產中追討所有我在55歲以前獲得的Medi-Cal福利，最多可達我的配偶從我的遺產中得到的財產。

### (簽名並保留作你的記錄)

本人聲明我已與縣代表查閱本表內的資料，我完全明白確定我的Medi-Cal 資格及維持資格的權利與責任。

申請人/代表簽名(選擇性)

日期



### COUNTY USE SECTION

I have provided (check one)  In person  By mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

Eligibility Worker's Signature

Worker Number

Date

# MEDI-CAL 申請人的重要資訊

## (續)

6. 如果我沒有及時報告我的轉變，而因此獲得我不應得的Medi-Cal福利，我可能需要向州健康服務部歸還這些福利。
7. 如果我是由於傷殘，並向**社會安全局(SSA)**申請傷殘福利而獲得Medi-Cal，而**SSA**拒絕我的傷殘申請，我的Medi-Cal可能會終止。如果我立即上訴SSA對我的拒絕，我的Medi-Cal將繼續直至SSA做最後的決定。如果SSA批准我的申請，我的Medi-Cal福利將繼續。如果SSA不批准我的申請，我的Medi-Cal福利將停止。
8. Medi-Cal 資格的條件之一是，我及我對其有法律責任的任何合格的人的所有醫療支助及/或醫療服務的給付都將自動指定給州政府。
9. 如果法院命令不在家的父或母為我的子女提供醫療支助，保險公司必須允許我無需不在家的父或母的同意為我的子女加入保健計劃，並為我的子女提供醫療福利。
10. 如果我不申請或保有免費醫療保險或州政府支付的醫療保險，我的Medi-Cal福利及/或資格將被拒絕或終止。
11. 當我申請Medi-Cal時，我將獲得評估是否符合資格申請其他醫療協助計劃，包括HIPP及EGHP計劃。
12. 如果我要求一位Medi-Cal醫生提供我的**非Medi-Cal**健康保險計劃不包括的服務，我必須向該醫生提供我的保健計劃的書面聲明該計劃不提供Medi-Cal範圍內的服務。
13. Medi-Cal 醫生不能夠向我收取共付診金(copayment)、共付保險費(coinsurance)或自付額(deductibles)，除非該付款用於滿足我的Medi-Cal共付費(share of cost)和/或共付診金。
14. 如果我被接受住進療養院，而我沒有意願回到我的家，州政府可能會對我的物業採取抵押權。
15. 我去世後，州政府有權從我的遺產中追討所有我在55歲以前獲得的Medi-Cal福利，除非我有健在的配偶(在他或她的餘生)、未成年子女、失明或永久及完全傷殘的子女，或如果這樣做會對我的繼承人造成困難。
16. 我生存的配偶去世後，州政府有權從他或她從我所獲得的遺產中追討所有我在55歲以前獲得的Medi-Cal福利，最多可達我的配偶從我的遺產中得到的財產。

### (簽名並保留作你的記錄)

本人聲明我已與縣代表查閱本表內的資料，我完全明白確定我的Medi-Cal 資格及維持資格的權利與責任。

申請人/代表簽名(選擇性)

日期



### COUNTY USE SECTION

I have provided (check one)  In person  By mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

Eligibility Worker's Signature

Worker Number

Date